

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1918

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marie CLÉRET-ALBESSARD

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris.

LA PROTECTION

DE

L'ENFANT DU PREMIER AGE

DANS LES CENTRES OUVRIERS

Président : M. Paul BAR, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1918



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1918

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marie CLÉRET-ALBESSARD

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris.

LA PROTECTION

DE

L'ENFANT DU PREMIER AGE

DANS LES CENTRES OUVRIERS



Président : M. Paul BAR, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1918

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie.	MM. NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Physiologie.	CH. RICHEL
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	N.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	LETULLE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	N.
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	N.
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.
Clinique médicale.	ROGER
	DEBOVE
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	N.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
	PIERRE DELBET
	QUENU
Clinique chirurgicale.	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements.	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.	MARFAN.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICART
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur,
d'accepter la Présidence de notre thèse.*

A MES MAITRES DE L'HOTEL-DIEU DE CLERMONT

MM. les Docteurs BOUSQUET, BILLARD, PLANCHARD.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur RECLUS (in memoriam).

Monsieur le Professeur agrégé REYNIER (Externat 1909-1910).

Monsieur le Docteur BARIÉ (Externat 1910-1911).

Monsieur le Professeur agrégé THIROLOIX (Externat 1911-1912).

Monsieur le Professeur agrégé POTOCKI (Externat 1912),
Messieurs les Professeurs agrégés CASTAIGNE, SAUVAGE
(in memoriam).

Messieurs les Docteurs CHIFOLIAU, FAISANS.

A NOTRE MAITRE MONSIEUR LE DOCTEUR A. LESAGE

*Auprès de qui nous avons toujours trouvé
un aimable accueil et qui a bien voulu nous
donner la première idée de ce travail. Nul
mieux que lui n'était qualifié pour nous
aider de ses conseils et de sa très grande
compétence en matière de puériculture. Qu'il
veuille bien accepter nos très vifs remer-
ciements.*

INTRODUCTION

Le 4 décembre 1917, en terminant une communication faite à l'Académie de Médecine, le Professeur Pinard pouvait dire : « L'organisation méthodique et complète « de la protection maternelle et infantile n'existe pas en « France. Elle est toute à créer ».

Cependant, de bons esprits et des philanthropes, voyant l'abîme vers lequel court notre pays du fait de sa faible natalité et de sa forte mortalité infantile, ont essayé de mettre en garde la nation contre le terrible danger qui la menace. Est-ce à dire que des résultats vraiment importants ont été obtenus ? Hélas, non ! Malgré les avertissements répétés, malgré les efforts faits par la charité et la philanthropie privées, malgré que des apôtres convaincus aient prêché la nécessité de défendre la race contre sa lente mais certaine déchéance, jamais rien ne fut assez fort pour émouvoir l'opinion et les pouvoirs publics. Jamais on n'a pu faire de la France un véritable « Jardin d'enfants » où fut protégé et entouré de soins vigilants le jeune enfant, organisme à la fois si fort, si vivace et si frêle.

Nulle coordination dans les efforts. Partout des tentatives, partout un embryon de protection. Mais nulle

part une œuvre cohérente, forte, puissante, obéissant à des directives bien établies et suivant l'enfant de sa naissance jusqu'au moment où il aura l'âge d'entrer à l'école maternelle.

Quels auraient été pourtant les résultats obtenus si la nation, comprenant que l'enfant constitue sa réserve de force vive, se fut employée à sauvegarder avec un soin jaloux ce magnifique capital, ne permettant pas que la moindre parcelle en soit dilapidée.

L'Etat a pris en mains la protection des vieillards, des aliénés, des arriérés, des anormaux, mais nulle part nous ne voyons l'Etat protecteur du jeune être qui ne demande qu'à vivre et qu'il laisse lamentablement s'étioler et mourir, car on voudra bien admettre avec nous que toutes les lois d'assistance et de protection infantile n'ont jamais atteint le but que le législateur, bien intentionné peut-être, avait cru leur assigner.

La question de la protection de l'enfance a pris une acuité nouvelle depuis la guerre actuelle. Il faut protéger l'enfant d'autant plus que pendant de longues années ne seront pas compensées les pertes faites par la nation depuis bientôt quatre ans, du fait de la mortalité de guerre frappant presque uniquement l'élément générateur, et de la natalité réduite due à l'éloignement de ce même élément.

De plus, une très nombreuse partie de la population féminine s'est dirigée vers l'usine, en particulier vers l'usine de guerre, où les conditions de vie, malgré tout anormales, ne sont point faites pour favoriser la maternité et la puériculture. Si bien qu'à une natalité déjà

très réduite avant la guerre, a succédé et succèdera une natalité encore plus faible pendant de longues années.

Il est donc nécessaire de veiller dès maintenant avec un soin jaloux sur l'enfant si l'on ne veut assister à l'appauvrissement de la race.

Il semble bien que les pouvoirs publics, ayant la prescience du danger, et de la responsabilité qui leur incombe, aient commencé à s'émouvoir. Dans les premiers mois de 1917, trois ans après le début de la guerre, sont apparus deux documents officiels, qui indiquent que le Gouvernement d'alors, d'une part, le Parlement, de l'autre, ont senti la nécessité de prendre des mesures pour la protection de l'enfant, notamment de l'enfant de l'ouvrière d'usine.

Ces documents sont particulièrement importants, parce qu'ils orientent la protection de l'enfance vers une voie nouvelle. Ce sont deux circulaires du Ministère de l'Armement, publiées dans le *Bulletin des usines de guerre* en janvier et juillet 1917, et la loi concernant l'allaitement maternel dans les établissements industriels et commerciaux, promulguée le 5 août 1917. Nous les étudierons en détail dans le cours de notre travail.

C'est à l'instigation du Comité du travail féminin, institué le 20 avril 1916 par le Sous Secrétaire de l'artillerie et des munitions, que ces circulaires ont été lancées et que la Loi concernant les chambres d'allaitement a été enfin votée par le Sénat.

Notre Maître, M. le docteur Lesage (1), dans un rap-

(1) A. LESAGE. L'enfant de l'ouvrière d'usine. *Revue Philanthropique*. 15 janvier 1917.

port très étudié, présenté au Comité du travail féminin le 4 décembre 1916, et paru dans la *Revue Philanthropique* du 15 janvier 1917, a exposé les bases nouvelles de la protection de l'enfant de l'ouvrière d'usine.

A la suite de l'exposé et de la discussion (le 19 décembre 1916) du rapport du docteur Lesage, le Comité du travail féminin (1) a émis les vœux suivants, qui constituent la base de l'orientation actuelle de la lutte contre la mortalité infantile :

« 1^o Que dans les usines employant des femmes et travaillant pour la défense nationale soit obligatoirement installée une chambre d'allaitement avec berceaux, exclusivement réservée à l'enfant au sein. Que celui-ci y demeure entre les tétées, et que la mère ait le droit de quitter son travail une demi-heure le matin et l'après-midi pour venir l'allaiter. Que ceci n'entraîne aucune réduction de salaire. Si de ce fait, l'ouvrière éprouve une réduction de salaire, celle-ci devra être compensée par une prime d'allaitement.

2^o Que la mère qui allaite ne travaille que le jour, et seulement au travail assis.

3^o Qu'en outre de la chambre d'allaitement, qui doit rester isolée, il soit annexé dans les établissements industriels de l'Etat et dans les groupes d'usines, une crèche pour enfants au biberon, et une garderie pour enfants de seconde et troisième année.

Que pour prévenir la propagation des maladies contagieuses, une surveillance active s'exerce chaque jour à l'arrivée de l'enfant, et que pour les enfants douteux, des possibilités d'isolement individuel soient envisagées ».

(1) Comité du travail féminin. Vœux émis. *Bulletin des usines de guerre*. 25 décembre 1916 ; 1^{er} janvier 1917 ; *Revue Philanthropique*, 15 janvier 1917.

Comme on le voit, ces vœux résument un vaste programme, dont la réalisation complète et généralisée à tout le territoire constituerait, comme nous le verrons, le moyen le meilleur et le plus efficace de lutte contre la mortalité des nourrissons et des enfants du premier âge.

Ce programme pourra s'adapter tout aussi bien à l'enfant de l'employée des administrations publiques et privées, qu'à l'ouvrière d'usine. Le jour où, dans toute la France, existeront côte à côte, chambres d'allaitement crèches et garderies, formant un organisme cohérent et soumis à la même impulsion, la lutte contre la mortalité infantile aura fait un pas énorme, en donnant asile et protection à tout enfant que la mère doit abandonner pendant la journée pour se livrer au travail, sans qu'il soit privé toutefois des soins et de la sollicitude maternelle pendant et en dehors des heures de travail.

Dans notre travail, nous étudierons comment ce programme peut être réalisé et nous dirons quels bénéfices tirera de sa généralisation la « culture » du nouveau-né et de l'enfant du premier âge.

Auparavant, dans un aperçu rapide, nous schématiserons ce que fut jusqu'ici la protection de l'enfance ouvrière, en indiquant quels étaient les points faibles de l'ancienne conception, auxquels ont essayé de remédier le Comité du travail féminin, et le Docteur Lesage, par la nouvelle orientation de la lutte contre la mortalité infantile, qu'ils ont proposée et réalisée.

CHAPITRE I

HISTORIQUE DE LA PROTECTION DE L'ENFANT DE L'OUVRIÈRE

La première réalisation de la protection de l'enfance ouvrière semble due à Oberlin, pasteur protestant, qui installa en 1785 une véritable crèche au Ban de la Roche (Vosges), où avec le concours de Louise Schepler, il s'efforça d'améliorer les conditions de la vie des tout jeunes enfants et de les éduquer par l'intermédiaire des organes des sens, méthode qui fut perfectionnée au xix^e siècle par Frœbel. Avant Oberlin, les enfants étaient le plus souvent confiés à de vieilles femmes, qui pour quelques sous les gardaient pendant le jour dans leurs masures ou dans des arrière-boutiques.

La crèche d'Oberlin resta ignorée jusqu'en 1805, époque à laquelle Mme de Pastoret, reprenant l'idée d'Oberlin, fonda la première crèche parisienne, rue de Miromesnil, qui, faute d'argent, ne put fonctionner que pendant quelques années.

En 1844 seulement, sous l'impulsion du grand philan-

throe Firmin Marbeau, la protection de l'enfance ouvrière entre dans la voie des réalisations pratiques.

Le 14 novembre, il fonde l'œuvre des crèches, qui avait pour but de mettre à la disposition des mères de la classe ouvrière, pendant les heures de travail, des locaux salubres où leurs enfants en bas âge seraient entourés de soins vigilants.

Depuis plus de 70 ans, le problème de la protection de l'enfance est donc posé, et il n'est pas encore résolu.

Alors que l'on devrait se trouver en présence d'une organisation parfaite, il n'existe encore qu'une ébauche; et ce qui devrait être une grande œuvre sociale, encouragée, dirigée même par les pouvoirs publics, obéissant à la même impulsion, et à la même doctrine, est laissé à peu près complètement à l'initiative privée. La protection de l'enfance n'est actuellement en grande partie qu'une manifestation de la charité.

L'État ne se soucie pas de l'enfant pendant la période de sa vie, où fragile et soumis à tant de causes de disparition, il est le plus souvent abandonné à lui-même et pousse comme il peut.

Toutefois, dès qu'il devient un malade, il est de suite entouré de soins; rien ne lui manque, mais il est souvent trop tard; il en eût moins coûté de le protéger que d'essayer de le guérir, et les résultats auraient été infiniment meilleurs.

Combien d'atrophiques, de rachitiques, de tuberculeux, de dystrophiques en moins, combien de morts évitées, si dès le premier jour, l'enfant, alors qu'il était sain, avait été entouré de soins aussi vigilants et aussi

éclairés que ceux qui lui sont prodigués, dès qu'il n'est plus déjà qu'un être amoindri et souvent qu'un déchet.

Combien d'enfants ne seraient pas morts, si en offrant à la mère un lieu d'asile pour son enfant, on s'était préoccupé de limiter ou de faire disparaître l'abandon de l'enfant à des mains mercenaires, ignorantes toujours, criminelles parfois, comme la plupart des « éleveuses » qui emportent en province ces pauvres petits êtres, pour lesquels l'exode équivaut à une condamnation à mort. Que de mères se sont résignées à cet abandon, le cœur déchiré, sachant les dangers que courait leur petit, faute de trouver à leur portée le lieu d'asile qui leur eût permis de le garder, et de travailler pour le faire vivre.

L'enfant a droit au lait et aux soins maternels; l'en priver, c'est un vol : tel est le *leit motiv* de tous les puériculteurs, de tous les sociologues. Mais pour la mère qui a besoin de travailler pour vivre le dilemme est terrible et angoissant : ou abandonner l'enfant ou abandonner le travail, puisque ceux-là même qui lui font un devoir de se consacrer à son enfant, ne lui en donnent pas les moyens. Ne pouvant, on le conçoit, abandonner le travail, elle sacrifie l'enfant, en se disant qu'elle doit peiner pour le petit être issu d'elle. Il lui faudra payer les mois de nourrice, et seul, son travail le lui permettra. Mais hélas, quel que soit le sacrifice consenti, les mains étrangères auxquelles elle aura confié son petit, soit sur place, soit au loin, le lui rendront le plus souvent déchu, ou ne le lui rendront jamais, car le petit abandonné est voué à la disparition.

Faites des enfants, dit-on; n'en faites pas, serions-nous tentée de dire, tant qu'on ne vous aura pas donné les moyens efficaces de conserver ceux que vous aurez faits. La France ne souffre pas tant de sa faible natalité, que de la forte mortalité de l'enfance du premier âge. Marbeau (1) avait été déjà frappé par cet angoissant problème, et pour le solutionner il créa les crèches.

Pour lui, comme pour Oberlin, la crèche devait aider à élever et à éduquer l'enfant. Il faut, disait-il, commencer l'éducation de l'enfant dès sa naissance; la crèche, œuvre d'assistance, doit être aussi le premier maillon de l'éducation populaire, dont les autres seront l'asile (ou école maternelle), l'école, la classe d'adultes.

La crèche était également destinée à montrer aux mères ce qu'il faut faire, ou éviter, pour le bien de leurs enfants. Marbeau espérait ainsi diminuer le nombre des abandons d'enfants, et lutter contre l'effroyable mortalité qui décime la première enfance.

Les crèches, dès que la première fut fondée, dans le quartier de Chaillot, se développèrent rapidement. En 1846, Paris en comptait déjà 14, et de nombreuses villes de provinces avaient suivi le mouvement, de même que Milan, Bruxelles, Vienne, à l'étranger. Le nombre de crèches augmentant chaque année, Marbeau fonda la Société des crèches, reconnue d'utilité publique en 1869, dont le but était de soutenir, de perfectionner, de propager l'institution, et aussi d'établir un lien permanent entre les diverses fondations. C'était là une intéressante tentative pour réaliser l'unité de doctrine.

(1) *Société des crèches*. Manuel de la crèche. 3^e édition. 15 janvier 1909.

Sous l'énergique impulsion de son fondateur, l'œuvre des crèches ne cessa de progresser. En 1875, Paris avait 29 crèches, la banlieue 6, les départements une centaine ; en 1909, il y en avait 445 en France, et approximativement un nombre égal à l'étranger. Tels furent les résultats que peut obtenir l'initiative d'un seul, qui mit toute son énergie à faire triompher une belle et généreuse idée.

Si nous mettons en parallèle ce que firent les corps constitués et l'Etat, nous voyons que l'on ne commença guère à s'occuper officiellement de la protection de l'enfance qu'à partir de 1865, époque à laquelle les brochures des docteurs Brochard et Monot, attirèrent l'attention publique sur la nécessité de lutter contre la mortalité infantile.

Le 6 février 1867, l'Académie de Médecine nomme une commission dite de la mortalité des nourrissons.

Le 16 mars 1868, le Ministre de l'Intérieur nomme une commission mixte chargée d'étudier les causes de la mortalité des enfants du premier âge.

Le 12 avril 1870, l'Académie de Médecine institue la Commission permanente de l'Hygiène de l'Enfance ; le 24 mars 1873 est établi le projet de loi de Th. Roussel, qui aboutit le 23 décembre 1874 à la promulgation de la Loi sur la Protection des enfants du premier âge, si connue sous le nom de Loi Roussel, qui toutefois ne s'applique pas aux enfants mis *en garde*.

Depuis, la lutte contre la mortalité infantile n'a cessé d'être à l'ordre du jour ; parmi les créations les plus intéressantes, nous citerons les consultations de nour-

rissons de Budin et la fondation en 1902 de la Ligue contre la mortalité infantile, qui n'a cessé depuis cette date de multiplier ses efforts pour améliorer le sort de la première enfance.

Quel était le but de la crèche?

La crèche devait faciliter l'allaitement maternel, permettre aux mères de garder leurs enfants, donner à l'enfant une nourriture appropriée à son âge, lorsqu'il ne peut être nourri par sa mère, ou lorsqu'il est sevré, et enfin, éduquer l'enfant.

Elle devait, d'autre part, permettre à la mère de gagner sa vie, lui enseigner à soigner son enfant et à l'élever.

A la crèche, l'enfant devait trouver des conditions hygiéniques et matérielles meilleures que chez lui, et être à l'abri des contagions physiques et morales, des promiscuités de la rue, pendant le laps de temps où il ne pouvait se trouver sous la protection et la surveillance de ses parents.

La crèche, disait Marbeau, est utile partout où la femme travaille hors de son logis, elle est indispensable dans les grands centres industriels et dans les manufactures où sont employées les ouvrières.

Comme on le voit, Marbeau avait posé le problème en son entier et les conceptions actuelles de la protection de l'enfance ne sont pas très différentes de celles de ce grand précurseur dans leurs lignes principales.

Nous n'entrerons pas dans l'exposé de la réglementation des crèches. Elles sont régies par un décret du

3 mai 1897, complété par un arrêté ministériel du 20 décembre 1897.

D'ailleurs, réglementation et prescriptions sont bien souvent transgressées, et nombreuses sont les crèches qui ne répondent ni au but que leur fondateur leur avait assigné, ni aux progrès qu'a fait l'hygiène infantile. Comme pour beaucoup d'institutions humaines, la réalisation est restée bien loin de la conception. Aussi nulle fondation n'aura été plus critiquée.

Dès le début, l'idée directrice, qui avait présidé à la fondation des crèches, fut mal comprise, et l'institution fut battue en brèche, souvent à juste titre.

Dans un rapport très documenté, Turquan (1) a bien résumé les diverses critiques qui leur furent faites.

Au début on eut tendance, non pas à assurer aux nourrissons les soins nécessaires pour sauvegarder leur vie et leur santé, mais à affranchir la femme ouvrière des embarras de la garde d'un enfant en bas âge, de façon à lui permettre de se livrer à son travail.

La crèche n'était pas considérée comme un instrument de puériculture, mais comme un simple abri, dont la mauvaise tenue fréquente fut véhémentement critiquée.

Les défauts des crèches apparurent dès le moment où elles furent envisagées comme devant être des organes de protection de la première enfance; on s'aperçut alors combien elles étaient insuffisantes à remplir ce rôle, et on eut tendance à leur dénier toute utilité.

(1) TURQUAN : La révision de la réglementation sur les crèches. Ligue contre la mortalité infantile. Assemblée générale du 19 juin 1912.

Porak, à l'Académie de Médecine, au nom de la Commission d'hygiène de l'enfance, en 1901, 1903, 1905, reprocha aux crèches de laisser pénétrer au milieu d'enfants sains, un enfant malade, point de départ d'une contagion quelquefois grave. Il montra, avec Leroux, Laborde, Gauchat, Belleuze, que nombreuses y étaient les maladies contractées; la rougeole y est particulièrement commune et meurtrière : 27 p. 100 des enfants en seraient atteints et 13 p. 100 succomberaient.

Les défenseurs des crèches objectèrent alors, et c'est une opinion encore couramment émise dans nombre de livres de pathologie infantile, que les enfants, en particulier les enfants du premier âge, sont plus réfractaires que les adultes aux maladies contagieuses; c'est une erreur. La rougeole, la coqueluche, la varicelle, la broncho-pneumonie font beaucoup de victimes parmi les nouveau-nés et les enfants de première année. La varicelle en particulier, « aime le nourrisson ». Toutefois l'opinion précitée est vraie en ce qui concerne l'enfant au sein, réellement plus réfractaire que les autres nourrissons aux maladies épidémiques; mais l'enfant au sein n'est pas le client habituel des crèches.

A Paris, pendant les trois premières années de guerre, pour prendre une statistique récente, 506 enfants, âgés de moins d'un an, moururent de rougeole; 231 de coqueluche; 18 de scarlatine; 30 de diphtérie; de un an à deux ans : 862 de rougeole; 253 de coqueluche; 22 de scarlatine, 76 de diphtérie.

La contagion est donc un très grand danger, et c'est à juste titre qu'elle fut reprochée aux crèches.

M. Craissac, à propos des crèches d'Ivry-sur-Seine, écrivait : « Le docteur Courjet constate qu'en l'espace de trois années, les deux crèches avaient fermé leurs portes à sept reprises, pendant cent jours au total, et chaque fois pour cause d'épidémie. En une seule fois, la rougeole avait fait 10 victimes, parmi 30 nourrissons. Sur 879 enfants qui avaient passé par les crèches, il en était mort 101 de maladies contagieuses.

Depuis les critiques initiales de Porak, bien peu de progrès ont été réalisés pour combattre les épidémies des crèches, et pour faire de ces dernières un instrument de puériculture. Nous n'en voulons pour preuve que le rapport tout récent du docteur Prunet cité par le professeur Pinard (1), dans sa communication du 4 décembre 1917, à l'Académie de Médecine. A propos des crèches militaires de Bourges, le docteur Prunet écrit :

« L'idée première de la création des crèches militaires de Bourges, a été le désir d'augmenter le rendement de travail des ouvrières des établissements militaires, mères de famille, et l'amélioration du recrutement de ces ouvrières ».

Remarquons en passant que c'est ainsi qu'en 1917 on comprenait la protection de l'enfance et la lutte contre la mortalité infantile. Aussi, les lignes suivantes du rapport précité montreront le résultat auquel cette méthode a abouti, et auquel il eut été étonnant qu'elle n'aboutit point.

(1). PINARD : De la protection de l'enfance pendant la troisième année de guerre dans le camp retranché de Paris, in *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 18 décembre 1917.

« Au commencement de mai, prenant un caractère net d'épidémicité, la maladie a frappé à peu près tous les enfants dans deux des trois dortoirs. Plus de la moitié des enfants sont morts en quelques jours.

En cinq mois du fonctionnement des crèches militaires de Bourges, sur 38 enfants de moins de 8 mois, 16 sont morts (42,10 p. 100); sur 15 de 8 à 15 mois, 2 décès (13,35 p. 100); sur 51 de 15 mois à 3 ans, 2 décès (3,92 p. 100) ».

On remarquera la léthalité considérable des nourrissons.

Cet exemple typique met en évidence les dangers de contagion et l'effrayante mortalité qui peuvent résulter d'une mauvaise organisation.

Un autre gros reproche fut fait à la crèche : celui d'être une école de sevrage, deshabituant la mère de donner le sein; ce reproche s'adresse moins à la crèche qu'aux conditions de travail imposées à la mère, qui est dans l'impossibilité, le plus habituellement, de venir donner le sein à son enfant, éloigné d'elle (Marbeau).

D'autre part, Braunberger, en 1902, estimait à 22 p. 100 les enfants rachitiques, parmi les petits clients des crèches, et en rendait ces dernières responsables, par insuffisance des locaux au point de vue hygiénique, et surtout, avec Variot, par manque d'instruction et de connaissances spéciales des aides et berceuses.

Mais il y a lieu de faire remarquer, qu'étant donné le recrutement habituel des crèches, on est en droit de penser que nombre d'enfants rachitiques rencontrés par Braunberger l'étaient déjà avant d'y entrer. Il faudra

toutefois tenir le plus grand compte de cette critique, ainsi que de celle de Variot, quand il s'agira d'installer une crèche ou une garderie d'enfants.

Comme on le voit par le rapide exposé que nous venons de faire, la crèche, qui est à l'heure actuelle, le moyen de protection le plus répandu de l'enfant de l'ouvrière, est loin de donner satisfaction, et ne constitue encore qu'un pis aller.

Pendant, depuis quelques années, on a tenté d'améliorer l'ancienne organisation, et on s'est efforcé de faire des crèches nouvelles (1), tenant mieux compte des nécessités de l'hygiène infantile. On a installé des salles de change, des baignoires, des vestiaires.

Les crèches sont plus propres, plus coquettes, mais elles n'en sont pas moins encore, à l'heure actuelle, un instrument mal adapté au but poursuivi.

Elles constituent en effet des foyers de contagion, par insuffisance des locaux d'isolement et par défaut de « dépistage » à l'entrée.

On a bien prévu, dans certaines crèches, une chambre d'isolement. Mais celle-ci, le plus souvent à plusieurs lits, est généralement située non pas à l'entrée de l'établissement, mais au milieu ou au fond des bâtiments. L'enfant douteux ou malade, qui n'a pas été « dépisté » à l'entrée reste au milieu des autres, pendant plusieurs heures, avant d'être isolé, et quand la berceuse ou le médecin le reconnaissent malade, il est trop tard, l'épidémie est entrée dans la crèche.

(1) L'œuvre nouvelle des crèches parisiennes, fondée en 1896 par Mme M. Max Cremona.

Un autre reproche, non moins capital, c'est que la population des crèches est constituée par une agglomération d'enfants de tous âges, et de toute alimentation : enfants au sein, enfants au biberon, enfants de deuxième et troisième année, mélange néfaste à tous points de vue.

La crèche est pourtant absolument indispensable, car seule elle permet à l'ouvrière de ne pas se séparer de son enfant, et de « tarir l'une des sources par où s'écoule la vie de la France » (Pinard). Il faut donc s'attacher à la perfectionner.

Quelques chiffres feront comprendre l'inéluctable nécessité de mettre tout en œuvre pour sauvegarder la race.

Avant 1867, il y avait 1.000.000 de naissances par an en France ;

Avant 1887, il y avait 900.000 naissances par an en France.

Avant 1907, il y avait 800.000 naissances par an en France.

En 1911, il y avait 742.114 enfants et 776.983 décès : déficit 34.869.

En 1912, léger relèvement, 750.651 enfants et 692.740 décès.

Comme on le voit, la natalité n'a cessé de s'abaisser dans des proportions formidables, puisqu'en 1912 il y eut environ 1/3 de naissances en moins qu'en 1867. Par contre le chiffre des décès de 0 à 1 an n'a pas sensiblement varié ; il est de 100.000 en moyenne par an.

105.000 en 1905.

115.000 en 1906.

90.000 en 1910 (exceptionnellement) (1).

Cette mortalité porte surtout sur les enfants élevés au biberon.

Sur 1.000 enfants privés du sein, aussitôt ou peu après leur naissance, la mortalité est de 300 pour ceux élevés au biberon à la campagne par des nourrices mercenaires, alors qu'elle n'est que de 58 p. 1000 pour les enfants élevés au sein (2).

Marfan (3) montrait en 1911 que sur 1.000 enfants légitimes, 140 meurent dans la première année; sur 1.000 illégitimes il en meurt 250. Balestre et Giletta de Saint-Joseph (4) établissent d'autre part que sur 1.000 enfants qui succombent dans la première année, 385 sont emportés par la gastro-entérite, et 171 par la débilité congénitale. Or nous verrons que cette mortalité porte à peu près uniquement sur les enfants élevés au biberon.

La simple comparaison de ces chiffres montre mieux que n'importe quelle description, les ravages qui sont dûs à l'abandon des nourrissons privés du sein aux mains des « éleveuses (?) d'enfants ».

En résumé, nous trouvons en présence de la situation suivante :

(1) E. RIVET. Puériculture. Etude critique. Thèse Paris, 1913.

(2) E. RIVET. Puériculture. Etude critique. Thèse Paris, 1913.

(3) MARFAN. Enseignement de l'hygiène et des maladies des nourrissons dans les Facultés de médecine. 3^e Congrès International des gouttes de lait. Berlin, 11 et 15 septembre 1911.

(4) BALESTRE et GILETTA DE SAINT-JOSEPH : Etude sur la mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897. Paris-Doin, 1901.

Faible natalité et forte mortalité infantile, portant surtout sur l'enfant au biberon, et sur l'enfant abandonné à des soins mercenaires. L'abandon de l'enfant et le biberon tuent par an 100.000 enfants. Cet état de choses n'a pas changé depuis la guerre.

Si nous examinons, après M. le professeur Pinard, la statistique pour Paris, nous voyons que depuis trois ans, la natalité a baissé, avec cependant une légère tendance au relèvement en 1916-1917.

Août 1913 - Août 1914	:	48.197	naissances.
— 1914 — 1915	:	37.085	—
— 1915 — 1916	:	26.179	—
— 1916 — 1917	:	30.573	—

Les mises en nourrice hors Paris, avaient baissé en 1915-1916,

Août 1913-Août 1914	:	14.925	31 0/0	des naissances.
— 1914 — 1915	:	4.954	13 35 0/0	—
— 1915 — 1916	:	5.844	22 32 0/0	—
— 1916 — 1917	:	7.295	25 92 0/0	—

Mais tendent actuellement *vers le chiffre antérieur* à la guerre; or, l'on sait que c'est un grave danger pour l'enfant.

Les abandons d'enfants de 0 jour à 3 mois, s'élèvent et ont dépassé le chiffre du temps de paix, ce qui s'explique en partie par les illégitimes.

1913-1914	:	1.657	4,98 0/0
1914-1915	:	1.064	2,88 0/0
1915-1916	:	1.366	5,21 0/0
1916-1917	:	1.683	5,53 0/0

La mortalité des enfants de 0 à 1 an a légèrement diminué, mais est néanmoins considérable.

1913-1914 :	4.905	15,51 0/0
1914-1915 :	4.724	15,20 0/0
1915-1916 :	2.803	14,93 0/0
1916-1917 :	3.123	14,41 0/0

Ces chiffres pour les enfants restés à Paris, c'est-à-dire sous la surveillance plus immédiate de leur mère, et déduction faite des enfants envoyés en nourrice en province. Au contraire, de 1 an à 2 ans, la mortalité s'est légèrement accrue.

1913-1914 :	1.203	4,35 0/0
1914-1915 :	1.368	5,16 0/0
1914-1916 :	1.462	5,55 0/0
1916-1917 :	7.952	5,90 0/0

Au total, de 0 à 2 ans, la mortalité s'est accrue pendant la guerre, par rapport à 1913-1914, alors que la natalité a baissé.

0 à 2 ans	1913-1914 :	6.108	19,86 0/0
—	1914-1915 :	6.092	20,36 0/0
—	1915-1916 :	4.293	20,48 0/0
—	1916-1917 :	4.085	20,31 0/0

Cette dernière constatation montre que le problème de la protection de l'enfance est plus angoissant que jamais, et qu'il faut tout mettre en œuvre pour enrayer cette formidable perte d'enfants (1 sur 5).

Nous allons, étudier dans les chapitres qui suivront, comment il est possible d'envisager la lutte contre la

mortalité infantile, et de réaliser la protection efficace de l'enfant de l'ouvrière.

*
* *

La protection de l'enfant de l'ouvrière.

Les deux conditions essentielles de la lutte contre la mortalité infantile, sont les suivantes :

1^o Supprimer l'allaitement artificiel, et s'efforcer de garder à l'enfant son aliment naturel, le lait de la mère. Donc, favoriser par tous les moyens possibles l'allaitement maternel ;

2^o Empêcher l'exode de l'enfant vers des nourrices mercenaires ; empêcher son abandon total ou partiel et agir de telle sorte que l'enfant ne soit pas séparé de sa mère, qui ne demandera qu'à le garder et à s'y attacher, si on lui permet, ce faisant, de gagner sa vie.

C'était déjà le but des crèches ; mais nous avons vu combien cette institution avait été combattue, décriée, et rendue responsable d'une augmentation de la mortalité infantile par la propagation des maladies épidémiques.

Donc, pour faire œuvre utile, il fallait créer de toutes pièces une organisation permettant à la mère ouvrière d'allaiter son nourrisson, et mettre ensuite à sa disposition un refuge où son enfant, devenu plus grand, trouvera aide, protection et éducation ; où également son nourrisson, si elle ne peut l'allaiter, trouvera des conditions de vie, d'hygiène et d'alimentation aussi parfaites que possible.

Il fallait, en résumé, établir un programme complet de « culture » de l'enfant de 0 à 3 ans.

Ce problème complexe a été résolu, d'une part, par l'institution dans les usines, de chambres d'allaitement et d'autre part, par la création et l'organisation de « crèches-garderies » modèles, remplaçant les anciennes crèches, offrant toutes les garanties possibles tant au point de vue du personnel que des conditions parfaites d'hygiène dans lesquelles y vivra l'enfant.

Ces deux organismes, doivent être absolument indépendants l'un de l'autre. C'est là un point essentiel sur lequel nous ne saurions trop insister ; il faut, pour faire œuvre utile, séparer les enfants du premier âge en deux catégories qui ne doivent avoir aucun point de contact ; l'enfant au sein qui sera élevé de 0 à 1 an, dans la chambre d'allaitement ; l'enfant au biberon et celui de 1 à 3 ans, dans la crèche-garderie.

En aucun cas, la chambre d'allaitement et la crèche-garderie ne devront être juxtaposées ; la chambre d'allaitement fonctionnera dans l'usine même ; la crèche-garderie en dehors de l'usine, au centre de l'agglomération des habitations ouvrières.

CHAPITRE II

LA CHAMBRE D'ALLAITEMENT

Toute mère peut et doit nourrir, sauf le cas de force majeure, qui est l'absence de sécrétion lactée ou un état pathologique interdisant l'allaitement. Ce grand principe est vrai pour la mère ouvrière d'usine, comme pour toute autre.

Mais on se heurte de suite à un obstacle souvent insurmontable. Si la mère nourrit il lui devient difficile de travailler. C'est pourquoi l'allaitement au sein tend à diminuer.

En 1915, sur 274 enfants d'ouvrières d'usine, 178 étaient au sein et 96 au biberon.

En 1916, sur 365 enfants, 184 étaient au sein, et 181 au biberon.

Pourtant, depuis longtemps déjà, la nécessité de substituer l'allaitement naturel à l'allaitement artificiel, a attiré l'attention. A la suite du rapport de Boudet (1), l'Académie de Médecine arrive à la conclusion que la mortalité infantile effroyable était due à l'habitude désastreuse d'envoyer les enfants en nourrice et de

(1) BOUDET. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 16 octobre 1866.

remplacer l'allaitement naturel par l'artificiel, et que seul l'allaitement maternel pouvait y remédier. Rien ne vaut l'allaitement maternel, proclamait plus tard Tarnier (1), et Guéniot (2) précisait : « Si les survivants du biberon se peuvent compter par quelques dizaines, c'est certainement par centaines, sinon par mille, que je pourrais compter ses victimes ».

Depuis 1890, Pinard lutte sans relâche, proclamant le droit de l'enfant au sein de sa mère; et depuis lors, tous les pédiatres, tous les accoucheurs, tous les médecins combattent pour évincer le biberon.

Les pouvoirs publics eux-mêmes se sont émus et ont entrevu, dès 1903, la nécessité de faciliter à la mère l'allaitement au sein.

Dans une circulaire du 28 février 1903, Henri Monod demande que les crèches offrent aux mères le moyen pratique d'allaiter, et mettent un local confortable à leur disposition.

En 1910, le 23 juin, apparaît le projet de loi Engerand, qui avait pour but l'obligation pour le patron de donner à la mère une demi-heure matin et soir pour allaiter.

Dans le projet de la Commission Permanente du travail (rapport Craissac), deux éléments nouveaux se font jour :

1° La possibilité de la création d'une chambre d'allaitement dans l'usine;

2° L'obligation de prévoir un abri décent.

(1) TARNIER. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 26 septembre 1882.

(2) GUÉNIOT. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 17 octobre 1882.

Cette question de l'établissement obligatoire d'une chambre d'allaitement dans les usines, fut débattue aux différents congrès de Protection de l'Enfance.

En 1911, J. Mercier et E. Decherf, font un rapport en ce sens au Congrès de Berlin.

En 1913, Lesage, au Congrès du Royal institute of Public Health rappelle que la Ligue contre la mortalité infantile avait émis le vœu que fut rendue obligatoire la salle d'allaitement dans les usines employant plus de 100 femmes âgées de plus de 18 ans, et conseillée dans celles employant moins de 100 femmes.

En 1913 également, au Congrès de Bordeaux, Felhœn indique que 67 p. 100 des industriels du Nord, consultés, se sont déclarés partisans de la loi rendant obligatoire la création des chambres d'allaitement.

Seule la chambre d'allaitement peut permettre à la mère de nourrir et de travailler, sans que les deux obligations se nuisent ou soient incompatibles. Il suffit pour cela de rapprocher l'enfant de la mère, en installant à l'usine même, une salle, où le nourrisson trouve asile dans la journée et où la mère peut venir l'allaiter.

La première chambre d'allaitement fut créée en 1846 par M. Dupont (de Beauvais), et depuis de longues années déjà, des industriels avisés ont créé à l'usine un local pour abriter et permettre l'allaitement du nourrisson pendant les heures de travail.

Felhœn (1) en 1913, avait pu relever 50 installations de ce genre, qui ont pris un grand essor surtout dans

(1) FELHŒN. Rapport au Congrès de protection de l'enfance. Bordeaux, mai 1913.

le Nord, où elles furent réalisées parfois dans des conditions incroyables de bon marché : chez Wibaux-Florin, à Roubaix, 264 francs pour 12 berceaux ; chez Eugène Motte, à Roubaix également, 340 francs pour 20 berceaux.

Dans les usines où elle a été instituée, la chambre d'allaitement a donné d'excellents résultats.

« Tous les patrons, dit Decherf (1) que j'ai pu interroger, ont été unanimes à vanter les heureux résultats donnés par les chambres d'allaitement installées dans leurs usines ».

Dans le référendum fait par Felhoen, 62 industriels sur 70 qui emploient la chambre ont répondu qu'ils ne constataient pas d'hostilité.

La chambre a en outre une action moralisatrice, car elle attache la mère à son enfant ; elle diminue la mortalité infantile : à Seclin, la mortalité avait diminué de 50 p. 100 ; à la filature Claude Guillemaud en particulier, sur 65 enfants, on ne constata aucun décès (Decherf).

Par la création de ces chambres, on peut espérer voir tomber la mortalité infantile au taux irréductible de 1 à 2 p. 100.

Certains patrons ont encore encouragé l'allaitement au sein dans la chambre d'allaitement en allouant à toute ouvrière qui allaite une prime de 100 francs si l'allaitement est d'une année ; 50 francs s'il est de six mois et de 30 francs s'il est de quatre mois. Là encore

(1) DECHERF. Rapport au Congrès de protection de l'enfance. Bordeaux, mai 1913.

les résultats furent très satisfaisants : chez MM. Badin, à Barentin; la mortalité est tombée de 20 p. 100 à 2,6 p. 100 et chez MM. Blin à Elbeuf, de 26 p. 100 à 10 p. 100. Autrefois tous les enfants étaient au biberon ; aujourd'hui 41 femmes sur 100 nourrissent et fréquentent la chambre d'allaitement (1).

Dans son rapport au Comité du travail féminin, (4 décembre 1916), Lesage s'est fait l'ardent protagoniste de la chambre d'allaitement.

Il montra que c'était un devoir social pour le patron non seulement de permettre à la femme qui travaille d'allaiter, mais encore de l'encourager par tous les moyens, et ce par la création à l'usine d'une chambre d'allaitement exclusivement réservée aux enfants au sein; chambre facile à installer, à proximité des ateliers, où l'enfant serait gardé dans un berceau pendant la journée, et où la mère viendrait l'allaiter à 9 heures et à 3 heures, disposant d'une demi-heure, pour laquelle aucune retenue de salaire ne serait faite.

Tout au contraire, la mère doit avoir, à allaiter son enfant, un intérêt financier ; non seulement, il faudra lui conserver les primes d'allaitement allouées par les municipalités ou par un particulier, mais même il serait utile que les patrons de l'usine prévoient une cantine annexée à la chambre d'allaitement où sera donnée une soupe chaude que la mère consommerait en même temps que son repas apporté du dehors tout en donnant la tétée de midi.

(1) LESAGE. La chambre d'allaitement dans les usines et magasins, in *Bulletin de la Ligue contre la mortalité infantile*.

La chambre d'allaitement ne doit pas être en dehors de l'usine. Si l'ouvrière doit prendre sur la demi-heure qui lui est allouée le temps qu'il lui faudrait pour se rendre à une chambre d'allaitement extériorisée, elle n'aura plus le temps d'allaiter. Si pour des raisons matérielles la chambre de garde des nourrissons doit être au dehors, il faudra qu'on apporte l'enfant à la mère. Mais cet apport offre des dangers et nécessite une ameneuse qui devra être obligatoirement payée par le patron ; car si l'ouvrière doit la rémunérer, elle ne tardera pas à en faire l'économie en n'allaitant plus.

A la suite de ce rapport, le Comité du travail féminin, proclama la nécessité absolue de la création obligatoire des chambres d'allaitement dans les usines de guerre.

Les vœux émis, que nous avons reproduits dans notre introduction, furent publiés dans le *Bulletin des usines de guerre* (25 décembre 1916-1^{er} janvier 1917) et firent l'objet d'une circulaire de M. Albert Thomas, s'adressant aux Contrôleurs de la main-d'œuvre, publiée dans le *Bulletin des usines de guerre* (14 janvier 1917) et dans la *Revue Philanthropique* (15 janvier 1917), d'où nous extrayons les passages suivants :

« L'organisation de diverses institutions destinées à protéger les enfants en bas âge, doit également retenir toute votre attention.

« Il est indispensable que l'allaitement maternel soit encouragé. Le Comité du travail féminin, s'inspirant d'ailleurs de la proposition de loi adoptée par la Chambre des Députés, et actuellement soumise au Sénat, a demandé que dans les usines de guerre qui emploient des femmes, des

« chambres d'allaitement soient obligatoirement installées...
« je vous prie de faire le nécessaire pour que, dans toutes les
« usines de guerre où sont occupées des femmes qui allai-
« tent leur enfant, des chambres d'allaitement, soient orga-
« nisées. »

Cette circulaire fut rééditée, en termes à peu près identiques, le 16 juillet 1917, dans le *Bulletin des usines de guerre*, mais adressée cette fois aux Directeurs des Etablissements de l'Artillerie et des Poudres.

A la suite des délibérations du Comité du travail féminin, il fut décidé que des questionnaires seraient adressés aux Etablissements de l'Etat et aux Etablissements privés qui auraient installé des chambres d'allaitement et des crèches à l'usage de leurs ouvrières.

Les résultats de cette enquête ont paru dans le *Bulletin du Ministère du travail et de la prévoyance Sociale* (1). Elle a porté sur 17 chambres d'allaitement réparties dans 16 établissements, et intéressant 13.491 ouvrières. Dans quatre, il n'y avait personne; dans les 13 autres, il y avait un total de 76 enfants pour 12.446 ouvrières, soit environ 1 enfant pour 150 femmes.

Ces constatations ne sont pas en concordance avec les résultats dont nous avons parlé plus haut.

Mais il y a lieu de faire remarquer que cette enquête n'a porté que sur cinq mois; ce ne peut donc être qu'une statistique très incomplète. En outre, on ne peut comparer la natalité des premiers mois de 1917 à celle d'avant-

(1) Enquête sur les crèches d'établissements et les chambres d'allaitement (janvier-mai 1917). In *Bulletin du Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale*. (août-septembre 1917).

guerre, car cette natalité a baissé dans de notables proportions. On ne saurait donc tirer des indications données par cette enquête un argument valable contre le principe des chambres d'allaitement.

L'Académie de Médecine fut également appelée à donner son avis « sur la proposition de vœux relatifs à la protection maternelle et infantile dans les usines de guerre ». M. Doleris (1) fit à ce sujet un remarquable rapport, qui fut longuement discuté, et qui fut sanctionné par le vote de vœux, lesquels, en ce qui concerne la protection infantile, diffèrent peu de ceux émis par le Comité du travail féminin, quoiqu'étant moins précis et moins impératifs.

A la demande de M. le professeur Bar, l'Académie a étendu aux usines en général les mesures préconisées, et non pas seulement aux usines de guerre.

Nous reproduisons ci-dessous les vœux de l'Académie, votés le 13 mars 1917 :

« IV. — Dans le but de favoriser l'allaitement maternel, des mesures seront imposées dans les usines et plus particulièrement dans les usines de guerre, pour permettre aux mères d'allaiter leur enfant, dans des conditions hygiéniques rigoureuses, au cours de leur période de travail.

Dans le même objet, des primes seront accordées aux mères travaillant dans les usines, qui accompliront leurs devoirs de nourrices.

V. — La femme enceinte et la nourrice, obligées par leur état de changer d'emploi, de réduire ou de cesser leur tra-

(2) DOLERIS. Rapport sur la proposition de vœux relatifs à la protection maternelle et infantile dans les usines de guerre. *In Bulletin Académie de Médecine* 30 janvier 1917. (Discussion du rapport 13 février-13 mars 1917).

vail, recevront une indemnité compensant la diminution ou la suppression de leur salaire.

Les dépenses résultant de la disposition ci-dessus seront assurées par un organisme de prévoyance et d'assurance, sous la responsabilité de l'Etat.

VI. — En outre des chambres d'allaitement, l'Administration devra provoquer la création de garderies d'enfants, partout où la nécessité en apparaîtra. »

Ces discussions « extra-académiques et académiques » selon l'expression employée par M. le professeur Prenant au cours de la discussion du rapport de M. Doléris, ont fait aboutir la proposition de loi relative à la protection de l'allaitement maternel, votée par la Chambre quatre ans auparavant, le 12 juin 1913, et ont permis au Sénat d'y apporter des modifications. En effet, dans la séance du 27 juillet 1917, le Sénat a introduit des prescriptions ayant pour objet de mettre à la disposition des ouvrières les moyens matériels d'allaiter leurs enfants par l'organisation de locaux aménagés à cet effet. La proposition de loi votée par le Sénat fut adoptée sans modifications par la Chambre le 3 août 1917, et la loi fut promulguée le 5 août 1917.

On remarquera que le Parlement, ainsi que l'avaient préconisé M. le professeur Bar et notre maître le docteur Lesage, a donné, en ce qui concerne la chambre d'allaitement une extension considérable à la loi, car elle concerne l'allaitement maternel, non seulement dans tous les établissements industriels, mais encore dans les établissements commerciaux.

Nous en donnons ici le texte complet, car elle cons-

titue un document capital dans l'histoire de la protection de l'enfance.

LOI sur la chambre d'allaitement.

Loi promulguée le 5 août 1917 par :

Le Président de la République Française, concernant l'allaitement maternel dans les établissements industriels et commerciaux.

Article premier : Le titre du chapitre IV bis du titre premier du livre II du code du travail et de la prévoyance sociale est modifié comme suit :

« Repos des femmes en couches et des femmes allaitant leurs enfants ».

Article 2 : Sont codifiées dans la teneur ci-après, et formant les articles 54 b, 54 c, 54 d, 54 e, du livre II du code du travail et de la prévoyance sociale les dispositions suivantes.

Article 54 b. — Dans les mêmes établissements, pendant une année, à compter du jour de la naissance, les mères allaitant leurs enfants disposent à cet effet d'une heure par jour durant les heures du travail; cette heure est indépendante des repos prévus à l'article 14. Elle est répartie en deux périodes de trente minutes, l'une pendant le travail du matin, l'autre pendant l'après midi, qui pourront être prises par les mères aux heures fixées d'accord entre elles et les employeurs. A défaut d'accord, ces heures seront placées au milieu de chaque période.

Article 54 c. — La mère pourra toujours allaiter son enfant dans l'établissement. Les conditions auxquelles doit satisfaire le local où la mère sera admise à allaiter son enfant seront déterminées suivant l'importance et la nature des établissements par le règlement d'administration publique prévu à l'article 54 e.

Dans les établissements où les employeurs mettront à la

disposition de leurs ouvrières et employées, à l'intérieur où à proximité des locaux affectés au travail, une chambre d'allaitement satisfaisant aux conditions déterminées par le règlement d'administration publique prévu ci-après, la période de trente minutes ci-dessus fixée sera réduite à vingt minutes.

Article 54 d. — Les chefs d'établissement occupant plus de cent femmes de plus de quinze ans peuvent être mis en demeure d'installer, dans leurs établissements ou à proximité, des chambres d'allaitement. Ces chambres devront pouvoir abriter un nombre d'enfants de moins d'un an correspondant, d'après la proportion générale observée pour l'ensemble des femmes de plus de quinze ans de la commune, au nombre des femmes de plus de quinze ans occupées par l'établissement.

Les articles 69 et 70 du présent livre s'appliquent aux mises en demeure prévues par l'alinéa précédent. Les réclamations élevées contre ces mises en demeure sont soumises au Comité supérieur de protection du premier âge avant d'être portées devant le Comité consultatif des arts et manufactures.

Article 54 e. — Un règlement d'administration publique, pris après avis du Comité supérieur de protection du premier âge et du Comité consultatif des arts et manufactures, déterminera les mesures propres à assurer l'exécution du présent chapitre, et notamment les conditions d'installation, d'hygiène et de surveillance des chambres d'allaitement affectées aux enfants nourris au sein en totalité ou en partie.

Paris, le 5 août 1917.

Le droit absolu d'allaiter pendant son travail est donc actuellement reconnu à la mère ouvrière d'usine, et obligatoirement elle doit trouver dans les locaux indus-

triels où elle est employée, une chambre d'allaitement. « La mère pourra toujours allaiter son enfant dans l'établissement » dit la loi.

Toutefois, nous devons signaler ici avec le professeur Pinard, une disposition regrettable de cette loi, qui ne prévoit la chambre d'allaitement que pour les usines occupant plus de cent femmes de plus de 15 ans. On ne comprend pas pourquoi les mères employées dans une usine occupant moins de 100 femmes n'ont pas, comme les autres, le droit de bénéficier des avantages de la chambre d'allaitement.

Comment sera installée la chambre d'allaitement dans l'usine? Cette installation a été schématisée dans un opuscule émanant du Ministère de l'Armement par la plume autorisée de notre maître le docteur Lesage. Nous en reproduisons ici les dispositions essentielles.

« L'enfant y entre quatre semaines après sa naissance, quand la mère a fini de bénéficier des avantages de la Loi sur le repos des femmes en couches.

La chambre d'allaitement doit remplir les conditions suivantes :

1^o Elle doit être proche de l'atelier et permettre à la mère de venir allaiter vers neuf heures et quinze heures, pendant une demi-heure qui sera payée par le patron ou l'association patronale ;

2^o Elle est à la charge de l'employeur ;

3^o Elle doit avoir le cube d'air nécessaire exigé par les règlements du 30 juin 1862 et 20 décembre 1897, sur le fonctionnement des crèches, sauf dérogation autorisée par le Préfet. (Hauteur de salle : 3 mètres. Surface par enfant : 3 mètres. Cube d'air : 9 mètres cubes par enfant).

L'application de ce règlement, qui sera facile pour les chambres d'allaitement à construire, deviendra souvent un obstacle à leur création dans un local déjà construit. En ce cas, dérogation vaudra mieux que défense ;

4° Elle doit être constamment bien aérée, car l'odeur est un des principaux inconvénients des agglomérations de nourrissons. Le système de ventilation continue par quelques carreaux perforés paraît être le meilleur ;

5° Elle doit être chaude en hiver et le plus possible fraîche en été ;

6° Elle doit être d'une extrême propreté : aussi la couleur blanche des murs et de tout le mobilier est-elle la meilleure ;

7° Elle doit être extrêmement simple, car le luxe est une surenchère d'altruisme de mauvais aloi ;

8° Le nombre des berceaux variera suivant le cube d'air de la salle. Le berceau sera très simple, à claire-voie (moïse en osier reposant sur une table ou sur un tréteau en X, berceau en fer, berceau anglais ou Taunton). L'espace que limitent les barreaux ne doit pas dépasser vingt centimètres ;

9° La literie sera des plus simples (matelas en balle d'avoine traversin, toile cirée, etc.) ;

10° Le mobilier sera réduit au strict minimum. On recommandera l'emploi de sièges bas (0 m. 35 à 0 m. 40 de hauteur) pour que les mères puissent allaiter avec aisance et commodité.

Le pèse-bébé doit être l'élément de base de la chambre d'allaitement. La courbe des poids successifs de l'enfant permet d'en juger l'état de santé. Une armoire à linge complètera ce mobilier ; en effet, il doit y avoir en réserve, outre des draps et des layettes, un certain nombre de « couches ». Il est indispensable que l'on en mette à la disposition de l'enfant un certain nombre, pour le changer dès qu'il est nécessaire. On sait, en effet, combien est abondante l'urine de l'enfant au sein ; aussi une réserve journalière de cent couches pour dix enfants est-elle à envisager.

Telle est la chambre d'allaitement minimum qui existait avant la guerre, dans quelques usines (Roubaix, etc.). On remarque que tout se passe dans la même salle (allaitement, change des enfants, chauffage de l'eau, préparation des bouillies, etc.).

Aujourd'hui, on est en droit de demander un peu plus de confortable pour enlever toute odeur à la salle et lui procurer le maximum de propreté. On accolera à la chambre d'allaitement qui reste le centre :

1) Un vestiaire où sont gardés et désinfectés les vêtements de surface, qui recouvrent les enfants à leur arrivée ;

2) Un local où les mères allaitent ;

3) Une salle où se fait le change des enfants salis. On y apporte l'enfant, on le démaillote, on le lave, on le poudre, on le revêt d'une couche propre. Que faut-il dans cette salle ? Des cuvettes avec de l'eau tiède, du coton hydrophile, de la poudre, quelques seaux de toilette... L'idéal serait qu'il y eût une ou plusieurs baignoires avec eau chaude et eau froide, car le bain journalier est un des éléments de la bonne hygiène du nourrisson.

On trouvera dans cette salle des cases numérotées, où chaque enfant a ses objets personnels de toilette (brosse à cheveux, peigne, etc.).

Il est absolument indispensable que le linge sali ne soit pas conservé en « tas » dans un coin, mais dans une boîte hermétiquement fermée, en attendant le blanchissage qui peut se faire au dehors. On pourra arroser ces couches sales d'un liquide désinfectant. L'idéal serait qu'il y eût une buanderie (avec séchoir et repassage). Une petite cuisine à part est désirable, car il faut penser à :

1° Faire chauffer l'eau pour laver l'enfant ;

2° Préparer les bouillies pour l'enfant qui, à partir de six ou sept mois, a besoin, en dehors du sein, d'un repas (lait, amidon, sucre).

3° Nourrir le personnel (s'il n'y a pas de restaurant ou de

cantine dans l'usine), et réchauffer le repas de midi apporté par la mère. Ce sera, dans ce cas, une véritable cuisine-réfectoire.

On peut dans ce cas, envisager la coopération du patron à ce repas des mères, sous la forme soit d'une soupe chaude, soit d'une part de la dépense du repas fait en commun par les mères.

Il est en effet, important que la mère ne quitte pas l'usine à midi, pour pouvoir consacrer à son poupon quelques instants, le promener, le caresser, faire œuvre de mère.

Allaitement et bouillies. — Après six à sept mois d'allaitement exclusif par le sein, l'enfant a besoin d'une bouillie, puis de deux ; peu à peu il commence à esquisser ses premiers pas. Bientôt il est du ressort de la garderie d'enfants.

Conclusion. — Telle est la véritable chambre d'allaitement exclusivement réservée aux mères qui, le jour, peuvent nourrir complètement leur enfant.

Allaitement mixte. — La question de l'allaitement mixte est délicate et se pose de la façon suivante. Doit-on admettre à la chambre d'allaitement une femme qui ne peut pas nourrir son enfant complètement, sans lait de complément.

Il est bon à ce sujet d'étudier les cas d'espèce :

1^{er} Cas : La mère a suffisamment de lait pour nourrir dans la journée ; matin, soir et la nuit, elle se fait aider par le biberon. En ce cas, elle est vis-à-vis de la chambre d'allaitement, dans la situation de la mère qui nourrit complètement son enfant.

2^e Cas : La mère ne peut donner le sein que le matin et le soir : l'enfant est alors du ressort de la crèche au biberon.

3^e Cas : La mère peut, à chaque tétée du jour, donner une certaine quantité de lait, mais insuffisante pour nourrir l'enfant. Elle est obligée de compléter avec du lait de vache. Ce cas est litigieux.

Les uns disent : l'enfant doit être admis, car la petite quan-

tité de lait que donne la mère bonifie, « maternise », en quelque sorte le lait de complément.

Ceci n'offre aucun danger, si le lait est donné au verre ou à la cuiller, mais en présente avec le biberon qui est la pierre d'achoppement de la chambre d'allaitement.

En effet, quand la sécrétion mammaire fléchit, le travail de succion augmente, alors qu'avec le biberon le lait vient facilement dans la bouche. Or, comme la sécrétion du lait dépend de la succion, elle se tarira dès que l'enfant cessera le travail, ce qui arrive rapidement dès qu'il a goûté du biberon.

Le biberon mal manié, mal surveillé, peut donc, petit à petit, transformer une chambre d'allaitement en crèche au biberon, ce qui est contraire à l'idée maîtresse de cet exposé : « que la chambre a pour but d'encourager l'allaitement maternel et de lutter contre l'allaitement artificiel ».

Il faut admettre en principe qu'en aucun cas le biberon ne doit pénétrer dans la chambre d'allaitement, car il est dangereux, et ne tardera pas à se substituer totalement au sein. Lorsqu'on devra aider un sein défaillant il faudra compléter la tétée au moyen de lait donné à la cuiller, qui ne déshabitue pas l'enfant de téter. Dans les chambres d'allaitement où cette méthode a été mise en pratique, les résultats ont été excellents. M. Lesagè nous communique une statistique très démonstrative à cet égard.

Sur 100 femmes qui étaient aidées par le biberon, 77 ont perdu leur lait.

Sur 80 femmes aidées par le lait de vache donné à la cuiller, 28 seulement ont perdu leur lait.

Tarnier fut d'ailleurs l'un des promoteurs de l'allaitement mixte à la cuiller.

Les partisans du biberon objectent que celui-ci peut permettre d'élever un enfant à l'allaitement mixte sans que la mère perde son lait. Cela est vrai quand il s'agit d'un enfant isolé, dans une famille aisée, où la mère fera tous ses efforts pour conserver son lait. Ce n'est plus vrai pour un groupement d'enfants, où malgré tout, chaque nourrisson ne reçoit pas des soins aussi méticuleux, et où la mère ne peut lui donner tout son temps. Le biberon se substituera rapidement au sein, et ce sera la marche à l'allaitement artificiel.

C'est donc par la création des chambres d'allaitement que sera résolu le premier desideratum dont nous avons parlé plus haut comme dominant toute la question de la lutte contre la mortalité infantile : la suppression de l'allaitement artificiel.

Lorsque l'ouvrière d'usine trouvera à sa portée les conditions les meilleures lui permettant d'allaiter, lorsque non seulement on lui en donnera les moyens, mais qu'on l'encouragera de toutes les façons possibles, l'allaitement naturel remplacera rapidement l'allaitement artificiel, et du même coup la mortalité infantile baissera dans d'énormes proportions.

A ce titre, la lutte entreprise par le Comité du travail féminin, qui a trouvé auprès de M. Albert Thomas, un appui convaincu, et dont les efforts ont puissamment contribué au vote de la loi du 5 août 1917, a fait faire un progrès considérable à la protection de l'enfance du premier âge, dont on ne pourra calculer les effets que le jour où les mesures préconisées auront été partout réalisées.

CHAPITRE III

LA CRECHE-GARDERIE

Lorsque l'enfant a un an, lorsqu'il est sevré, et qu'il perd sa qualité de client de la chambre d'allaitement, que va-t-il devenir? Pas plus qu'avant, la mère ne pourra s'occuper de lui dans la journée. Il sera le plus souvent abandonné aux soins d'une grande sœur, d'une voisine complaisante ou d'une mercenaire, exposé à toutes les promiscuités de la rue, à toutes les contagions physiques et morales.

Il y a bien les crèches : mais comme nous l'avons vu, la crèche, telle qu'elle est comprise, est un organe caduc, qui rend encore des services, mais qui ne s'est pas adapté aux progrès de l'hygiène infantile; nous rappellerons l'exemple récent, cité plus haut, des crèches militaires de Bourges, dans lesquelles, en 1917, plus de la moitié des enfants sont morts en quelques jours au cours d'une épidémie de broncho-pneumonie.

Il faut pourtant continuer l'œuvre de protection entreprise par la création de la chambre d'allaitement. Il faut concevoir et réaliser une sorte d'institut de péri-

culture, qui ait tous les avantages de la crèche, sans en présenter les inconvénients.

Là encore, le Comité du travail féminin et son infatigable rapporteur le docteur Lesage, ont fait œuvre utile, et ont tracé la voie dans laquelle il serait désirable que l'on s'engageât, en proclamant la nécessité de créer des garderies d'enfants du deuxième âge, continuation de la chambre d'allaitement, où le vigoureux bébé nourri à l'usine par sa mère, trouvera de un à trois ans tous les soins physiques et moraux auxquels il a droit; à ces garderies serait annexée une « biberonnerie » pour les nourrissons qui n'auraient pu être nourris au sein, l'ensemble formant la crèche-garderie. A ce sujet, M. Albert Thomas s'exprimait ainsi dans la circulaire que nous avons citée plus haut :

« En dehors des chambres d'allaitement, il est désirable que des mesures soient prises pour protéger les enfants élevés au biberon et pour assurer la garde des enfants en bas âge qui ne peuvent être encore admis dans les écoles publiques. Vous demanderez donc aux industriels de vouloir bien participer au fonctionnement de crèches et de garderies d'enfants. (

L'organisation de ces diverses institutions constitue une grande œuvre sociale et je suis convaincu que les industriels ne se déroberont pas à leur devoir et comprendront que les nécessités de l'heure présente obligent à agir ainsi.

Or, si intéressants que soient les résultats obtenus dans certains grands établissements, il ne faut pas espérer parvenir à la réalisation des mesures indispensables par la seule action des initiatives individuelles qui restent isolées et qui souvent, faute de direction, ne rendent pas tous les

effets que l'on souhaiterait. Au surplus, je ne me dissimule pas les hésitations que peuvent inspirer à certains industriels les responsabilités que comporte le fonctionnement de ces diverses œuvres.

C'est pourquoi je demanderai aux industriels de s'organiser et de faire, pour les ouvrières qu'ils occupent, une œuvre « analogue à celle qu'ils poursuivent actuellement avec un « plein succès pour l'organisation de diverses institutions, « destinées à améliorer les conditions d'existence de leurs « ouvriers ».

C'était en quelque sorte la paraphrase du troisième vœu du Comité du travail féminin, vœu repris et adopté par l'Académie de Médecine dans son vote du 13 mars 1917.

La chambre d'allaitement devra donc avoir comme suite une organisation toute autre, qui comprendra deux parties bien distinctes; d'une part, pour les enfants qui n'auront pu être nourris au sein, une crèche ou « biberonnerie » suivant l'heureuse expression du docteur Bonnaire; d'autre part, une garderie qui accueillera les enfants de un à trois ans.

La condition primordiale, sur laquelle nous devons insister, est que la « biberonnerie » et la garderie, bien que réunies dans les mêmes bâtiments, doivent être au point de vue de leur fonctionnement, absolument distinctes l'une de l'autre, séparées par une véritable cloison étanche.

Il ne devra pas y avoir contact entre les nourrissons et les enfants du deuxième âge, car les maladies contagieuses, qui sont les pires ennemies des crèches,

attaquent surtout ces êtres anormaux que sont les enfants nourris au biberon, chez lesquels la mortalité est alors effroyable. Il faut donc si l'on veut faire œuvre utile, supprimer toute agglomération et toute promiscuité.

La « biberonnerie » et la garderie d'enfants seront installées, au contraire de la chambre d'allaitement, loin de l'usine, au milieu des habitations ouvrières, de telle façon que la mère puisse y amener son enfant en allant au travail et le reprendre en rentrant chez elle, sans avoir un chemin trop long à parcourir.

Qui devra créer ces crèches-garderies et subvenir à leur fonctionnement? La seule solution préconisée jusqu'ici, même par les représentants autorisés des Pouvoirs publics, a été de s'adresser à la charité privée, à laquelle il est fait appel au nom de la solidarité sociale.

On assiste à ce fait un peu paradoxal de voir l'Etat, reconnaissant l'inéluctable nécessité de sauvegarder la race et de lutter contre la mortalité infantile, s'adresser aux particuliers et leur recommander, comme étant un devoir social, auquel ils ne peuvent moralement se soustraire, de fonder des crèches et garderies d'enfants.

Dans sa circulaire précitée M. Albert Thomas, qui parlait en tant que Ministre de l'armement et des fabrications de guerre, disait : « L'organisation de ces diverses institutions (crèches et garderies) constitue une grande œuvre sociale, et je suis convaincu que les industriels ne se déroberont pas à leur devoir et comprendront que les nécessités de l'heure présente obligent à agir ainsi ». Certes les patrons tiennent à honneur de

ne pas se soustraire à leur devoir ; mais combien il eut mieux valu que le Ministre ait adressé ces paroles au Parlement, et demandé que l'on mit l'enfant sous la protection de la Nation.

Nous ne décrirons pas ici l'installation matérielle des crèches-garderies ; ce serait sortir du cadre de notre travail. Mais nous allons en étudier minutieusement le fonctionnement, qui fera comprendre quelles sont les conditions nécessaires pour assurer la bonne marche de l'institution.

Tout d'abord, et c'est là le point capital, nul enfant, qu'il soit au biberon ou plus âgé, ne devra pénétrer dans la crèche-garderie, sans avoir été vu par une surveillante ou infirmière experte, ayant fait un long stage dans les hôpitaux d'enfants, habituée à reconnaître du premier coup d'œil, non pas l'enfant malade, qui sera en général resté chez lui, mais l'enfant qui couve quelque chose, le palôt, le fatigué, le grognon, en un mot le « douteux ».

Si l'on veut que la crèche-garderie n'expose pas à des mécomptes, il faut s'astreindre à « dépister » le « douteux ». Un enfant paraît-il suspect ? Dès son arrivée l'infirmière l'examinera rapidement (elle devra connaître les gros signes de la fin de la période d'incubation et ceux de la période d'invasion des maladies contagieuses), et si son impression première est confirmée par l'examen sommaire auquel elle se sera livrée, elle isolera d'emblée l'enfant, qui sera vu ultérieurement par le médecin de la garderie.

Un enfant suspect ne devra jamais pénétrer dans la

garderie. Il devra être « filtré » à l'entrée et dirigé de suite vers « l'isolement » qui après le « dépistage » est l'innovation la plus importante des nouvelles crèches-garderies.

Jusqu'ici, et c'est ce qui explique l'importance et la fréquence des épidémies de crèches, l'isolement rationnel n'existait pas.

Nous ne pouvons étudier complètement cette importante question de l'isolement, si vaste qu'elle sortirait du cadre de cet exposé. Faire l'histoire de l'isolement, c'est faire celle de la contagion dans les agglomérations d'enfants. Qu'il nous suffise de dire que cet isolement constitue une nécessité inéluctable, si l'on veut que la crèche soit un organe utile dans la lutte contre la mortalité infantile.

S'il n'est pas imposé et réalisé de façon aussi parfaite que possible, il vaut mieux supprimer les crèches et les garderies, qui sans lui sont plus nuisibles qu'utiles.

On nous objectera que dans les crèches nouvelles, l'isolement a été prévu : il est vrai que certaines crèches possèdent une chambre d'isolement ; mais elle se trouve habituellement, non à l'entrée, mais au milieu, ou au fond des locaux réservés aux enfants, si bien que le « douteux » ou le « malade » avant d'être isolé traverse toutes les salles et sème la contagion.

Cette chambre unique, insuffisante, contient souvent plusieurs berceaux ou lits, ce qui est une hérésie.

D'autre part, l'isolement, quand il peut être mis en pratique est le plus souvent trop tardif ; on ne dépiste pas le « douteux » à l'entrée, car on ne s'en préoccupe

pas ; ce ne sont guère que des enfants franchement malades qui sont isolés, après avoir joué plusieurs heures avec leurs petits camarades. Il est alors trop tard. L'épidémie est entrée dans la crèche.

Dans la nouvelle conception de la crèche-garderie, le service de « dépistage » et d'isolement est le rouage essentiel qui, seul, peut faire disparaître la contagion intérieure ; s'il ne fonctionne pas avec une rigueur absolue, la crèche-garderie est entachée d'un vice fondamental.

L'isolement des douteux doit faire disparaître la contagion intérieure. C'est une certitude absolue qui résulte de la mise en pratique depuis 1905, par notre maître M. Lesage, de l'isolement individuel des malades de son service d'Héroid. Frappé de ce fait que les enfants « douteux », isolés en boxes à leur entrée, avant que leur affection ne fut cataloguée, et ne permit de les diriger vers les services de rougeole, de scarlatine, etc., ne se contagionnaient pas entre eux, à la période pourtant où les maladies contagieuses le sont au maximum, M. Lesage comprit que c'était le boxe qui conférait cette immunité.

Il généralisa à son service l'isolement individuel au moyen de boxes de fortune, faits avec des draps tendus sur des fils de fer, de façon à créer pour chaque enfant une petite chambre dans la salle commune et il vit pour ainsi dire immédiatement et de façon presque absolue, disparaître la contagion intérieure dans son service, ainsi que la presque totalité des complications secondaires des maladies épidémiques. Cette démonstration fut si concluante, qu'elle fut le point de départ

de la boxation totale des magnifiques salles des nouveaux bâtiments d'Héroid.

A Héroid dès 1907 fut aussi réalisée la boxation de la consultation externe (1). Le boxe supprimant la contagion, il était logique de chercher à supprimer par ce moyen simple et efficace, ces foyers de contagion que sont les consultations des hôpitaux d'enfants.

« Il m'est non moins pénible, dit M. Pinard, à l'Académie de Médecine, le 18 décembre 1917, de constater que les mesures propres à éviter les contaminations dans les consultations des hôpitaux d'enfants à Paris, sont encore à prendre ». Depuis de nombreuses années ces mesures, que réclame si justement M. le professeur Pinard, ont été prises à l'hôpital Héroid.

Nous devons rendre hommage à M. le docteur Lesage, qui a su faire réaliser la boxation de l'hôpital Héroid, et qui, cherchant sans cesse à faire prévaloir ses idées, a pu faire créer à Valenciennes, sur ses plans, une consultation de nourrissons en boxes. On en trouvera tous les détails dans une conférence faite par lui à Valenciennes le 20 juin 1913, conférence reproduite dans la thèse de Rivet (2).

Avec lui, nous dirons : Si l'on veut que disparaisse la contagion des agglomérations d'enfants, le seul et l'unique moyen est de « dépister » les douteux et de pratiquer l'isolement individuel de tout enfant suspect. Il faudra donc prévoir, dans tous les bâtiments où seront

(1) LESAGE. *Tribune médicale* (1909) et *Thèse de Bruneau* (1909).

(2) LESAGE. Conférence faite à Valenciennes à l'occasion de la création d'une consultation de nourrissons. *Bulletin de la Ligue contre la mortalité infantile*. 1913. *Thèse de Rivet*. 1913.

réunis des enfants, des boxes individuels en nombre suffisant, ces boxes étant eux-mêmes isolés de tout le reste de l'établissement, et situés le plus près possible de son entrée.

Ils seront faciles à désinfecter, ainsi que leur mobilier, qui devra être réduit au strict minimum.

En ce qui concerne les crèches-garderies, il faudra prévoir un boxe d'isolement pour six enfants.

*
* *

L'enfant qui a été admis à la crèche-garderie, peut avoir de quelques mois à quatre ans. Il faut, comme nous l'avons vu, que les enfants au biberon soient séparés des enfants de deux et trois ans.

La crèche sera donc réservée aux enfants au biberon, avec des locaux et un personnel spécialisé et la garderie aux enfants de 2^e et 3^e année, avec d'autres locaux et un autre personnel non moins spécialisé.

En aucun cas, ces deux groupes d'enfants ne devront être en contact et soignés par le même personnel. En effet, pour ces deux catégories d'enfants, les conditions de vie sont essentiellement différentes; l'alimentation, les soins, la façon dont ils vivent n'ont rien de comparable.

Les uns sont encore des végétatifs, qui s'alimentent et qui dorment. Ils ont besoin de soins précis, minutieux, de calme et de repos. Les autres sont des actifs, qui mangent, qui marchent, qui jouent, qui, en un mot, vivent de la vie de relation. On comprend donc que ni

les mêmes locaux, ni le même personnel ne pourront convenir à ces deux groupes d'enfants.

La crèche.

Les deux conditions absolument indispensables pour que la crèche puisse rendre tous les services qu'on en attend, sont les suivantes :

- 1) La bonne organisation des locaux :
- 2) La spécialisation du personnel.

La crèche comprendra essentiellement une salle de berceaux et une salle de préparation du lait.

La salle des berceaux sera aussi simple et aussi nue que possible, largement éclairée et aérée; ne contenant que les berceaux et une table, sur laquelle sera le pèse-bébé; le tout facile à laver et désinfecter.

La salle de préparation du lait, et des bouillies, doit être complètement isolée, ne communiquant avec la partie de la crèche réservée aux nourrissons, que par un guichet, par lequel se fera la manutention des biberons; cette salle sera installée avec tous les perfectionnements nécessaires pour assurer une parfaite stérilisation du lait et des récipients et devra être entretenue en état de propreté méticuleuse.

Il faudra prévoir en outre des boxes d'isolement (un pour six berceaux), ainsi qu'une salle à linge sale, extériorisée pour éviter toute odeur, dont s'occupera une buandière.

A la division de la crèche en deux compartiments distincts, correspondra une division parallèle du personnel.

La salle des berceaux sera le domaine de berceuses spécialement éduquées, et aptes à donner tous les soins corporels aux nourrissons, à les peser, à les alimenter suivant les indications du médecin, dont elles ne devront jamais transgresser les prescriptions.

La salle de préparation du lait et des bouillies sera confiée à une « laitière », à qui sera dévolu le soin de la stérilisation du lait et des récipients, la répartition en biberons suivant les prescriptions médicales, la préparation des bouillies.

La « laitière » devra avoir conscience de l'importance de sa fonction et de la responsabilité qui lui incombe.

Elle devra exécuter à la lettre l'ordonnance alimentaire du médecin, et s'y conformer aveuglément. Les berceuses lui remettront, chaque jour, la liste des prescriptions pour chacun de leurs nourrissons, et à chaque heure correspondant à une tétée, elle leur donnera par le guichet *ad hoc* le biberon, ou la bouillie, s'il y a lieu. Comme on le voit, la spécialisation du personnel est absolue. La berceuse, ne pénétrera jamais dans la laiterie, de même que la laitière n'aura à donner aucun soin aux nourrissons.

Le dortoir et la laiterie ne doivent communiquer, comme nous l'avons dit plus haut, que par un guichet.

Dans une crèche ainsi comprise, quotidiennement surveillée par le médecin, les nourrissons seront dans les conditions les meilleures pour s'accommoder de l'alimentation artificielle.

Il faudra d'ailleurs faire tous les efforts possibles

pour réaliser l'allaitement mixte, en recommandant aux mères de donner le sein le matin et le soir, en les encourageant au besoin par des primes d'allaitement. Il sera parfois possible d'entretenir et d'accroître ainsi la sécrétion lactée au point de permettre l'allaitement total au sein, et de faire passer l'enfant de la crèche dans la chambre d'allaitement.

La garderie d'enfants.

La garderie est réservée aux enfants de deuxième et troisième année. Ceux-ci s'éveillent à la vie de relation ; ce ne sont plus des végétatifs. Chacun d'eux a sa personnalité propre, et la gardienne qui en aura soin, va être appelée à jouer un double rôle.

Elle prodiguera à l'enfant tous les soins maternels dont il a besoin, et se fera en outre son éducatrice.

A côté de la gardienne qui donnera à l'enfant des habitudes d'hygiène, et qui surveillera son alimentation, il y a place pour la « jardinière » d'enfant qui dirigera l'éveil de sa jeune intelligence et disciplinera les manifestations de ses instincts.

Sa croissance physique et sa croissance psychique seront également surveillées et orientées dans la voie la meilleure.

Cette nécessité de développer parallèlement le corps et l'esprit du jeune enfant avait déjà frappé Rabelais et surtout Rousseau (1). On sait avec quelle conviction

(1) MÉRY ET GÉNÉVRIER, *Hygiène scolaire*, Baillière, 1914.

celui-ci défendit dans l'*Emile* l'éducation par la nature et dans la nature.

A la même époque, l'instituteur suisse Pestalozzi montrait l'intérêt de l'éducation à la campagne et ouvrait dans une ferme, vers 1780, une sorte d'asile pour les enfants pauvres où, utilisant les objets usuels et les exemples pris dans la nature, il tenta d'appliquer ses idées sur l'éducation intuitive.

Au début du xix^e siècle, Frœbel appliqua ces principes aux tout jeunes enfants, et tenta d'utiliser pour leur éducation les aptitudes qui se manifestent les premières : besoin d'activité, besoin de curiosité, en laissant à l'enfant toute la mobilité dont il a besoin pour satisfaire sa curiosité, que l'on met en éveil par tous les moyens.

Cette curiosité cherchera d'abord à prendre notion de la forme et de la position dans l'espace des objets qui l'environnent. On y aidera au moyen de ce que l'on a appelé les « dons de Frœbel », sphères colorées des couleurs du spectre, dures et molles, cubes pleins, cubes démontables, etc... Ces notions acquises, l'enfant devra reproduire les formes qu'il a vues, au moyen de jeux de construction ; puis on lui apprendra à les traduire sur un plan, à crayonner, etc...

En un mot l'enfant devra peu à peu se mettre en relation avec le monde extérieur. C'est en jouant qu'il s'éduque.

Beaucoup plus intéressante que la méthode de Frœbel, est celle du docteur Maria Montessori.

Mademoiselle Montessori a établi à Rome, plusieurs

écoles « Case dei bambini » installées dans les vastes immeubles où s'abrite la population ouvrière, et où les parents laissent leurs enfants toute la journée pendant qu'eux-mêmes sont à leur travail.

Dans ces écoles, on associe à l'éducation physique, l'éducation des sens, l'éducation intellectuelle et l'*éducation morale*.

Le jeune enfant est en effet une cire molle sur laquelle s'inscriront avec la plus grande facilité toutes les impressions extérieures, bonnes et mauvaises.

Incapable de discerner le bien du mal, de réfréner ses instincts, de discipliner son esprit d'imitation, il a besoin d'un guide sûr qui surveille l'éveil de sa jeune intelligence et la cultive en arrachant l'ivraie.

La nécessité d'une éducatrice est d'autant plus impérieuse dans une garderie où vont être réunis des enfants de la population ouvrière, qu'au dehors, ils seront fréquemment soumis à des promiscuités morales fâcheuses.

Il faut donc que le personnel des garderies d'enfants soit spécialisé et parfaitement éduqué. Il ne suffit pas que la gardienne soit une brave femme ; il faut qu'elle ait conscience du rôle social élevé qu'elle va être appelée à jouer.

Aussi, il sera utile d'avoir un personnel d'exploitation et un personnel d'éducation.

Le personnel d'exploitation donnera les soins corporels et s'occupera de toutes les questions d'hygiène ; salle de change, bains, W. C., lavabos, et sera secondé par le personnel d'alimentation : cuisinière, réfectoire.

Le personnel d'éducation sera représenté par la « jardinière d'enfants » (1) chargée uniquement des soins intellectuels, et de la direction des jeux au moyen desquels on éveillera l'intelligence de l'enfant ; jeux physiques et jeux mentaux. A elle aussi, sera dévolu le soin de faire l'éducation morale de ses petits bambins, par la surveillance constante qu'elle exercera sur leurs actes et sur les manifestations de leurs instincts, qu'elle s'attachera à discipliner et à orienter vers le bien.

La « jardinière d'enfants » devra se faire aimer, car c'est près d'elle surtout que les jeunes enfants viendront chercher les soins et les câlineries de la mère absente. L'enfant a besoin de se sentir en confiance et entouré d'affection ; la douce mansuétude de l'éducatrice lui permettra de domestiquer avec facilité son petit monde et de façonner son esprit.

C'est en dehors de l'usine, dans l'agglomération des habitations ouvrières, que seront bâties les crèches-garderies.

Ces « maternités ouvrières » auront à leur tête une Directrice, ayant la valeur professionnelle d'une surveillante de service hospitalier d'enfants, et ne dépendant que du médecin de la crèche-garderie.

C'est à cette Directrice qu'incombera le soin du « dépistage » des douteux à l'entrée, et de leur isolement.

Elle veillera à la bonne gestion de sa « maternité », et dirigera la laitière et les berceuses de la crèche, les gardiennes et la « jardinière d'enfants » de la garderie.

(1) Ce nom est tiré du terme « jardin d'enfants ».

Elle sera en outre chargée d'entretenir pour le bien des enfants, les relations les meilleures avec les mères, qu'elle aidera de ses conseils et auxquelles elle sera toujours prête à donner son appui moral.

En un mot, la Directrice sera en toute circonstance l'aide dévouée du médecin, avec lequel elle devra se trouver toujours en parfaite communion de vues et d'idées.

La « maternité ouvrière » sera de cette façon un véritable institut de puériculture, qui luttera avec efficacité contre la mortalité infantile, et qui contribuera à créer une race d'enfants physiquement et moralement meilleure.

Cette conception n'est pas une simple vue de l'esprit. Elle a été réalisée et fonctionne au milieu de la grande agglomération ouvrière de Neuilly-Levallois.

C'est la « maternité ouvrière de Levallois-Perret et de Neuilly », dont l'édification est due à l'inlassable activité de notre maître le docteur Lesage.

Dans la circulaire du 4 janvier 1917, que nous avons citée à plusieurs reprises, M. Albert Thomas, s'appuyant sur les vœux émis par le Comité du travail féminin, écrivait :

« ... Je demanderai aux industriels de s'organiser et de faire pour les ouvrières qu'ils occupent, une œuvre analogue à celle qu'ils poursuivent actuellement avec un plein succès pour l'organisation de diverses institutions, destinées à améliorer les conditions d'existence de leurs ouvriers ».

Cet appel fut entendu, et nous ne pouvons mieux faire, pour montrer avec quelle rapidité l'exécution suivit la conception, que de citer le docteur Lesage, qui a exposé la genèse de son œuvre dans un article de la *Revue Philanthropique* (1).

« M. Sevin, directeur de la main-d'œuvre au ministère de l'Armement, aidé de M. Goineau, directeur de la main-d'œuvre féminine, convoqua MM. les industriels de Levallois-Perret et de Neuilly à une réunion qui eut lieu sous la présidence de M. Paul Strauss, président du Comité du travail féminin, assisté du regretté M. Gervais, sénateur de la Seine.

M. Paul Strauss encouragea les industriels à se réunir, à former une société pour installer une garderie d'enfant et une crèche au biberon. M. Goineau indiqua la façon de procéder et j'eus l'honneur de donner quelques indications sur l'organisation d'une œuvre de ce genre.

La réunion eut un plein succès. Quelques jours après, grâce à l'activité heureuse de M. le capitaine Bouffartigue, contrôleur régional de la main-d'œuvre militaire, des lieutenants Baret et Hoizet, contrôleurs de la main-d'œuvre, la Société était créée sous le nom de : « Maternité ouvrière de Levallois-Perret et Neuilly ».

Le Comité directeur chargea M. le Cœur, architecte du Ministère de l'Armement, de la construction des bâtiments et voulut bien me demander quelques conseils.

En peu de semaines tout fut prêt, et les travaux commencés en juin 1917 furent terminés au 13 octobre. L'inauguration eut lieu le mardi 23 octobre, à 14 h. 1/2, sous la présidence de M. Loucheur, ministre de l'Armement, assisté de MM. Albert Thomas, et Paul Strauss, président d'honneur de la société.

(1) LESAGE. La maternité ouvrière de Levallois-Perret et de Neuilly. — *Revue Philanthropique*, novembre 1917.

La création de la Maternité ouvrière marque une date importante dans l'évolution de la puériculture.

La réunion d'un grand nombre d'industriels pour former une œuvre de ce genre est d'une portée sociale considérable, qu'ont célébrée dans leurs allocutions MM. Loucheur, Albert Thomas et Paul Strauss ».

Nous ne pouvons que nous associer aux conclusions du docteur Lesage, qui en terminant son article, disait :

« On peut affirmer, sans crainte d'exagération, que la maternité ouvrière de Levallois-Perret, est un grand progrès dans la puériculture sociale ».

Cette Maternité est construite exactement suivant la conception que nous avons exposée au cours de notre travail, et peut être considérée comme un modèle parfait de crèche-garderie, réunissant toutes les conditions nécessaires pour lutter efficacement contre la contagion intérieure et pour donner au nourrisson et à l'enfant le maximum de bien-être et d'hygiène.

Il est à souhaiter que cette institution se propage et que les « maternités ouvrières » se multiplient, car avec elles et les chambres d'allaitement, on sera efficacement armé pour lutter avec succès contre la mortalité infantile.

CHAPITRE IV

LE DÉCHET FATAL

Quels que soient les moyens de protection employés, il faudra toujours compter avec un déchet inévitable. Il ne suffira pas de s'attacher à mettre l'enfant dans les meilleures conditions hygiéniques et matérielles pour réduire à néant la mortalité de 0 à 3 ans.

Peu élevée pour les enfants nourris au sein, elle sera déjà plus grande pour les enfants élevés au biberon, malgré les soins vigilants dont ils seront entourés ; car, nous ne saurions trop le répéter, l'enfant au biberon est un être anormal et fragile. Il faudra compter aussi, quoi qu'on fasse, avec la mortalité due aux maladies infectieuses et épidémiques ; celle-ci sera d'autant plus réduite qu'on mettra en œuvre des moyens de surveillance et d'isolement aussi parfaits que possible dans toute agglomération d'enfants.

Elle sera d'ailleurs infime, comparée à celle qui décime actuellement les enfants confiés à des mains étrangères.

Nous avons vu que le chiffre de la mortalité des enfants de 0 à 1 an est en moyenne de 100.000 par an

en France. Si l'on peut espérer, par une protection bien comprise, voir abaisser ce taux dans de très fortes proportions, il y aura cependant un certain nombre de nourrissons fatalement voués à la mort avant la fin de la première année. C'est ce qu'avec notre maître M. Lesage, nous appellerons le « déchet fatal ».

Les enfants portent souvent le poids d'une lourde hérédité, surtout dans le milieu ouvrier. Nombre d'entre eux, du fait de leurs tares héréditaires, ne pourront pas vivre, malgré tous les soins qui leur seront prodigués.

Barbier et Cléret (1) ont montré que les deux influences qui dominent la santé des enfants du premier âge, sont :

1° L'intégrité anatomique et fonctionnelle de l'organisme au moment de la naissance ;

2° Les conditions de vie auxquelles le nouveau-né, et plus tard le nourrisson, est soumis.

On comprend que l'intégrité anatomique et fonctionnelle de l'organisme du nouveau-né est la condition de vie la plus importante.

Elle est due à la santé des parents au moment de la conception, à la qualité de celle-ci, à l'état de santé de la mère pendant la gestation. Elle est donc conceptionnelle et héréditaire. Selon que cette hérédité sera chargée ou non, le nouveau-né apportera un « coefficient vital » c'est-à-dire une aptitude à la vie, une résistance aux causes de destruction, essentiellement variable.

(1) H. BARBIER ET M. CLÉRET. L'atrophie des nourrissons et les lésions congénitales du foie des nouveau-nés. *Archives de Médecine des Enfants* T. XVII, n° 6, juin 1914.

Si les tares héréditaires sont trop accentuées, c'est l'arrêt de développement, c'est l'atrophie, c'est la mort plus ou moins retardée, mais fatale, qui en est la conséquence.

La mort sera d'autant plus rapide que les conditions de vie seront plus mauvaises. Il y a en effet, à côté de l'atrophie acquise, et des états anémo-cachectiques, dûs le plus souvent à une alimentation défectueuse, et qui disparaissent rapidement si l'alimentation est mieux réglée, une atrophie congénitale, caractérisée par ce fait que le nourrisson, héréditairement touché, est débile par cela même, dès sa naissance, et à peu près sûrement voué à la mort. Le sein sauvera peut-être quelques-uns de ces atrophiques congénitaux ; le biberon ne permettra presque jamais de les élever, car un caractère fondamental propre à tous ces malades, est leur intolérance pour le lait de vache, leur impuissance à digérer et à utiliser les albumines hétérogènes, qui provoquent chez eux des accidents d'intolérance et d'anaphylaxie constants.

Ce « déchet fatal » n'atteindra que les nourrissons à hérédité chargée. Un organisme malade donnera en effet naissance à un organisme d'autant plus fragile, que sera plus intense le degré de l'infection ou de l'intoxication des procréateurs.

La simple fragilité, compatible avec la survie, se rencontrera surtout chez les descendants d'asthmatiques, de goutteux, de rénaux, d'hépatiques.

Mais l'atrophie congénitale, celle qui aboutira à la mort, avant la fin de la première année, se rencontrera

surtout chez les nourrissons issus de parents syphilitiques, tuberculeux, alcooliques.

C'est un fait avéré que ces trois infections souvent associées sévissent particulièrement dans le milieu ouvrier, c'est dire que la mortalité sera de ce fait plus élevée chez les enfants de la classe ouvrière, et la lutte dirigée contre elle donnera des résultats très imparfaits tant que sévront ces trois grands fléaux.

Lesage et Cléret (1), Barbier et Cléret (2), ont montré que l'atrophie congénitale était due surtout à la sclérose qui peut toucher à un degré variable tous les organes, thymus, corps thyroïde, rate, poumons, foie, muscles.

Le foie est parmi les plus atteints. Il s'agit en l'espèce de véritables cirrhoses, à prédominance portale, avec ramifications intra-parenchymateuses pouvant aboutir à la constitution d'une cirrhose mono-cellulaire, associée ou non à des lésions dégénératives de la cellule hépatique. Il s'en suit une insuffisance hépatique, expliquant que quel que soit le régime alimentaire instauré, surviendront des troubles digestifs, de la gastro-entérite secondaire, dont l'aboutissant habituel sera la mort, en état d'atrophie, les enfants ayant atteint un certain poids, aux environs duquel ils se maintiendront, sans pouvoir le dépasser. Ce sera « l'éternel plateau ».

Certains de ces enfants ne pourront même pas se développer avec le lait de leur mère.

Chaque fois que l'on se trouvera en présence d'un

(1) A. LESAGE et M. CLÉRET. Recherches sur l'anatomie pathologique de l'atrophie spasmodique congénitale du nourrisson. *Soc. de Biologie*, 7 mars 1914.

(2) H. Barbier et M. Cléret. *Loco. cit.*

nourrisson qui tout à coup, son alimentation bien réglée, présentera des troubles de croissance en dehors de toute infection accidentelle, on pourra presque à coup sûr le considérer comme sur un taré héréditaire, et retrouver chez ses procréateurs des antécédents pathologiques; débile congénital, cet enfant n'aura qu'une résistance bien précaire et ses chances de survie seront très aléatoires.

Au point de vue clinique, ces nourrissons se présenteront dans tous les cas comme des atrophiques. Est-il possible, en présence d'une atrophie, de préciser l'origine congénitale, héréditaire, de l'affection, et d'étayer le pronostic sur des constatations cliniques qui permettront d'affirmer soit la guérison, soit l'issue fatale probable?

L'histoire de l'atrophie n'a fait que peu de progrès depuis Parrot jusqu'à ces dernières années. Parrot considérait l'atrophie-athrepsie comme une entité morbide, ayant « comme cause prédisposante un trouble nutritif intra-utérin ». Il soupçonnait donc l'influence de l'hérédité.

En réalité il n'y a pas une, mais des atrophies. Comment en effet comparer un atrophique de deux mois stationnaire depuis sa naissance avec un atrophique de même âge, qui né avec un poids normal, a maigri dans la suite.

L'atrophie se divise en deux grandes classes (1) :

LESAGE. L'atrophie-athrepsie du nourrisson. Ses limites. *Paris Médical*, décembre 1913.

— Essai sur les atrophies du nourrisson. *La Médecine infantile*, février 1914.

l'atrophie de cause congénitale et l'atrophie acquise, chacune de ces deux formes se subdivisant en formes secondaires.

1. — *L'athrophie de cause congénitale* s'observe chez des nourrissons nés à terme ou avant terme, débiles, du poids de 2.800 ou au-dessous. Ces débiles se ressemblent à la naissance, mais bientôt apparaissent des différences entre eux, les uns sont mous, flasques, et font de l'atrophie molle; les autres sont en spasme, et font de l'atrophie spasmodique.

a) *Atrophie molle*. — L'enfant présente un amaigrissement notable; s'alimente bien, s'entretient, garde son poids, mais n'augmente pas ou croît avec une grande lenteur. Le système musculaire est normal; il n'y a pas de spasmodicité.

On peut observer plusieurs types, basés sur l'état variable du crâne, qui présente des différences notables.

1^{er} type. Atrophie pure, molle, à crâne normal.

La boîte crânienne reste normale pendant toute l'évolution de l'atrophie; on note seulement un peu de lenteur dans l'ossification.

2^e type. Atrophie pure, molle, avec défaut ou retard considérable de l'ossification.

L'enfant vient au monde avec des zones du crâne encore membraneuses, bilatérales, sur les pariétaux et les temporaux. A leur niveau de doigt a la sensation de carton dépressible. C'est le crâniotabès par défaut d'ossification (1). Fontanelles et sutures restent larges,

(1) A. LESAGE ET M. CLÉRET. Note sur le crâniotabès du nourrisson. *Soc. de Biologie*, 23 mars 1912.

et le travail d'ossification du crâne se fait avec une rare lenteur. Pendant des mois cet état membraneux persiste.

Ce deuxième type est de beaucoup le plus grave, et il est rare que l'enfant arrive à faire les frais de sa croissance. Après un temps plus ou moins long de « plateau » il disparaît à l'occasion de la moindre infection ou du moindre coup de chaleur. Seul l'allaitement au sein, s'il arrive à temps, pourra le sauver.

La cause de ces atrophies molles est le plus souvent héréditaire. On peut évoquer l'obésité, l'albuminurie, la diabète, la tuberculose, la consanguinité, la misère physiologique, la polynatalité, la fin de race.

b) *Atrophie spasmodique*. — La contracture de certains muscles, au repos, est la caractéristique de cette atrophie : demi-tendineux, demi-membraneux, fléchisseurs de la jambe, biceps brachial. Les symptômes généraux de l'atrophie sont au maximum (petits vieux).

Elle s'observe chez les débilés et les prématurés, nés avec un poids inférieur à trois kilogrammes. Elle est due à une anomalie de développement de tout l'organisme caractérisée par une sclérose généralisée (myosite, sclérose du foie, du poumon, du thymus, du corps thyroïde, etc.) qui ne fait que progresser après la naissance (1).

Cette atrophie est précoce et grave; elle est difficilement curable, même par le lait de femme; elle ne l'est jamais si l'enfant reste à l'allaitement artificiel.

(1) A. LESAGE ET M. CLÉRET. Recherches sur l'anatomie pathologique de l'atrophie spasmodique congénitale du nourrisson. *Soc. de Biologie*, 7 mars 1914.

Elle est accompagnée d'un état particulier du crâne : « le crâne dur », « la petite tête » (1).

Tous les diamètres sont petits : neuf pour le bipariétal; douze pour l'occipito-frontal; treize-quatorze pour l'occipito-mentonnier; ils restent petits ou croissent à peine pendant des mois. Cependant le travail osseux se fait, et est même très intense. La fontanelle est vite réduite à peu de chose; les sutures se ferment par chevauchement permanent et irréductible, formant une saillie, un relief à la surface du crâne. On se trouve en présence d'une anomalie, d'un véritable ostéome diffus, du type os de membrane, sans remaniement du tissu osseux.

Ces atrophiques seront le plus souvent issus de parents alcooliques, mais aussi de parents tuberculeux ou syphilitiques.

À côté de cette forme grave, habituellement incurable, existe une maladie spasmodique, à la fois congénitale et acquise, que Lesage a bien individualisé et qui frappe aussi bien l'enfant au sein que l'enfant au biberon. L'enfant naît à terme, avec un bon poids. Tout va bien jusqu'au vingtième, trentième jour. Puis apparaissent des vomissements, qui suivent bientôt chaque tétée et provoquent un véritable état d'inanition. L'atrophie s'installe, de même que le spasme, et si l'on n'intervient pas, progresse rapidement.

Cette maladie surtout observée dans la classe aisée,

(1) A. LESAGE ET M. CLÉRET. Note sur le crâne du nourrisson. — Association internationale de pédiatrie. *Premier Congrès*. 7-9 octobre 1912.

(3) A. LESAGE. *Traité des maladies du nourrisson*.

à hérédité arthritique ou hépatique cède rapidement au calomel.

Ce qui différencie essentiellement cette forme de la précédente, c'est que l'enfant n'était pas un débile congénital, et que les accidents n'apparaissent qu'à la fin du premier mois.

II. — *L'atrophie acquise* est beaucoup moins grave, et le plus habituellement curable, car elle est due à des fautes alimentaires.

Elle peut se présenter également sous différents aspects.

a) Le 1^{er} type est caractérisé par la forme anémocachectique. Dès que l'alimentation sera bien réglée, les anémocachectiques ne tarderont pas à reprendre du poids et à suivre l'évolution physiologique normale d'un enfant de même âge.

b) Le 2^e type est constitué par l'atrophie molle avec rachitisme. Là encore, l'alimentation est en cause.

c) Le 3^e type clinique est représenté par la maladie spasmodique due à une intoxication ou à l'inanition.

Un nourrisson, normal à tout point de vue, a atteint 2, 3 mois ou plus, lorsque brusquement il s'arrête de croître, baisse de poids, s'atrophie, et devient spasmodique. Mais ces spasmes ne sont que des crampes, sans caractère de permanence, qui toutefois diffèrent essentiellement de la tétanie.

Chez l'enfant au sein, l'affection est due à une inanition relative.

Chez l'enfant au biberon, à l'intoxication par le lait

de vache ; elle cède rapidement à la mise au sein.

Comme on le voit par la description qui précède, il est possible, dans la plupart des cas, de porter un pronostic sur la curabilité d'une atrophie en se basant sur un certain nombre de signes cliniques qui permettent de différencier les deux grandes classes d'atrophie congénitale et acquise.

Il faudra toujours se souvenir, que dans l'atrophie le sein constitue le remède souverain, mais qu'en présence d'une atrophie de cause congénitale, il est bien souvent impuissant, tout au moins quand la cause de la débilité est la tuberculose, la syphilis ou l'alcoolisme des procréateurs.

Ces considérations ont leur importance pour tout médecin qui sera appelé à diriger une crèche au biberon ou une chambre d'allaitement. Les caractéristiques des différents types d'atrophie que nous avons rapidement décrits lui permettront de s'orienter.

Il devra se souvenir qu'il y aura toujours un « déchet fatal ». Toutefois, si par l'organisation d'une lutte bien comprise contre la mortalité infantile dans les centres ouvriers, on arrivait à limiter les pertes à ce « déchet fatal », on pourrait dire, avec notre maître le docteur Lesage, sans crainte d'exagération, qu'un grand progrès a été réalisé dans la puériculture sociale.

CONCLUSIONS

La protection de l'enfant de l'ouvrière d'usine peut et doit être réalisée :

1° Par l'application rapide et généralisée à tout le territoire de la loi sur la chambre d'allaitement, promulguée le 5 août 1917.

Cette loi permettra de lutter avec efficacité contre l'abandon partiel ou total du nouveau-né à des soins mercenaires, et contre l'allaitement artificiel, qui sont les deux grandes causes de la mortalité du nourrisson. Celui-ci séjournera dans la chambre d'allaitement pendant toute la première année. Les enfants au biberon ne devront jamais pénétrer dans la chambre d'allaitement qui doit être uniquement réservée aux enfants au sein ;

2° Par la création de crèches-garderies, du type de la « Maternité ouvrière de Levallois-Perret et Neuilly », qui comprendront :

a) Une « biberonnerie » pour les nourrissons qui n'auront pu être nourris par leur mère ;

b) La « garderie » proprement dite pour les enfants de 2^e et 3^e années.

Dans ces crèches-garderies sera pratiqué l'isolement le plus rigoureux de tout enfant douteux ou malade qui devra être « dépisté » à l'entrée de l'établissement.

La « biberonnerie » et la « garderie » seront absolument distinctes l'une de l'autre, et auront chacune leur personnel spécialisé.

Pour la biberonnerie : la personne préposée au maniement du lait et les berceuses ;

Pour la garderie : les gardiennes et la « jardinière d'enfants ».

Il ne devra jamais y avoir contact entre les enfants de 1^{re} année, et ceux de 2^e et 3^e années.

A la tête de chaque « maternité ouvrière » sera placée une Directrice choisie par le médecin-chef de la crèche-garderie, qui seul aura à lui donner des ordres pour tout ce qui ne concernera pas le côté purement administratif de l'institution.

C'est sous sa responsabilité que seront exécutées, par le personnel soignant les prescriptions médicales, hygiéniques et alimentaires du médecin-chef de la crèche-garderie.

Vu : le Président,

P. BAR

Vu : le Doyen,

H. ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

POINCARÉ

PARIS. — Imprimerie VIGOT FRÈRES, 23, rue de l'École-de-Médecine.



